



## **UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

“CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON  
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN FISIONORTE, TRUJILLO – PERU, 2021”

TRABAJO ACADEMICO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACION.

Presentado por:

**AUTOR:** VASQUEZ CACERES, ALMENDRA MELISSA

**CODIGO ORCID:** 0000-0001-8706-1380

**ASESOR:** Mg. JOSÉ ANTONIO MELGAREJO VALVERDE

**LIMA – PERÚ**

**2021**

# INDICE

<b>1. EL PROBLEMA</b> .....	4
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	4
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	6
<b>1.2.1. Problema general</b> .....	6
<b>1.2.2. Problemas específicos</b> .....	6
<b>1.3. Objetivos de la investigación</b> .....	6
<b>1.3.1. Objetivo general</b> .....	6
<b>1.3.2. Objetivos específicos</b> .....	6
<b>1.4. Justificación de la investigación</b> .....	7
<b>1.4.1. Justificación Teórica</b> .....	7
<b>1.4.2. Justificación Metodológica</b> .....	7
<b>1.4.3. Justificación Práctica</b> .....	8
<b>1.5. Delimitaciones de la investigación</b> .....	8
<b>1.5.1. Temporal</b> .....	8
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	9
<b>2.1. Antecedentes</b> .....	9
<b>2.2. Bases teóricas</b> .....	15
<b>2.2.1. Calidad de vida</b> .....	15
<b>2.2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud</b> .....	15
<b>2.2.1.2. Cuestionario sobre la calidad de vida SF36</b> .....	17
<b>2.2.1.3. Dimensiones del cuestionario sobre la calidad de vida SF-36V2</b> .....	17
<b>2.2.2. Independencia funcional</b> .....	17
<b>2.2.2.1. Deficiencia</b> .....	18
<b>2.2.2.2. Dependencia</b> .....	18
<b>2.2.2.3. Actividades de la vida diaria</b> .....	19
<b>2.2.2.4. Instrumento Índice de Barthel</b> .....	19
<b>2.2.3. Accidente cerebrovascular</b> .....	20
<b>2.2.3.1. Fisiopatología y anatomía</b> .....	20
<b>2.2.3.2. Clasificación del accidente cerebrovascular</b> .....	22
<b>2.2.3.4. Fases en el accidente cerebro vascular</b> .....	24
<b>2.2.3.5. Síntomas de un accidente cerebrovascular</b> .....	25
<b>2.2.3.6. Diagnóstico clínico del accidente cerebrovascular</b> .....	26
<b>2.2.3.7. Factores de riesgo para accidente cerebrovascular</b> .....	26
<b>2.2.3.8. Consecuencias funcionales del accidente cerebrovascular</b> .....	26

2.3. Formulación de la hipótesis.....	28
2.3.1. Hipótesis general.....	28
2.3.2. Hipótesis específicas.....	28
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>30</b>
3.1. Método de la investigación.....	30
3.2. Enfoque de la investigación.....	30
3.3. Tipo de la investigación.....	30
3.4. Diseño de la investigación.....	30
3.5. Población, muestra y muestreo.....	31
3.6. Variables y operacionalización.....	32
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
3.7.3. Validación.....	41
3.7.4. Confiabilidad.....	42
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	43
3.9. Aspectos éticos.....	43
<b>4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS.....</b>	<b>44</b>
4.1. Cronograma de actividades.....	44
4.2. Presupuesto.....	45
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>51</b>
Anexo 1. Matriz de Consistencia.....	51
Anexo 2: Instrumentos.....	52
Anexo 3: Formato de consentimiento informado.....	61
Anexo 4: Carta de solicitud a la institución para la recolección y uso de los datos.....	63
Anexo 5. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos.....	64
Anexo 6: Informe del porcentaje del Turnitin. (Hasta el 20% de similitud y 1% de fuentes primarias).....	65

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1. Planteamiento del problema**

El Accidente cerebro vascular (ACV), es uno de los mayores problemas de salud pública, siendo alrededor de 6 millones de personas en el mundo las que fallecen por esta causa, considerándose como la primera causa de discapacidad severa, proyectándose como la enfermedad con mayor morbilidad para el 2030. según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida en los pacientes con ACV se ven afectadas con una un gran porcentaje, causando un deterioro funcional grave a largo plazo en un 15-30% lo que implica un alto grado de dependencia de terceros (1)(2).

A nivel mundial, la tasa de incidencia anual de ACV/100.000 en estudios resulta muy variable, en Dinamarca y Portugal (306 y 305 casos cada 100.000 hab/año). Para Estados Unidos se observan valores intermedios de tasa de incidencia (100 casos cada 100.000 hab/año). En Sudamérica se observó, 35 (Bolivia), de 89 en (Colombia), de 140 en (Chile), de 183 (Perú), y 127,9 (Argentina) casos por 100.000hab/año (3).

El impacto sobre la calidad de vida en estos pacientes, en muchos estudios de investigación se ve comprometida de forma negativa afectando sus funciones sociales y familiares que lo lleva a percibirse como una persona dependiente con limitaciones físicas, psicológicas, sociales acarreando una disminución de oportunidades y productividad personal, así como a la falta de integración comunitaria (4).

En el ámbito latinoamericano en un estudio multinacional INTERSTROKE, se reunió a 13 447 casos, quienes habían sufrido el primer evento cerebro vascular y 13 472 controles de 32 países, incluido el Perú, de los cinco continentes. Reportando que los pacientes con una discapacidad

moderada a severa, fue de 37,6% de manera global; en el grupo que incluyó a Europa Occidental, Norteamérica y Australia fue de 25,2%, y en Sudamérica un 51,5% (5).

En la actualidad se estudia mucho la importancia de la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular, teniendo en cuenta que presentan un grado severo de discapacidad física, asociadas a alteraciones emocionales y psicológicas que determinan la necesidad de implementar programas de apoyo dirigidos a las necesidades del paciente y los familiares (6). Permitiendo discernir las reacciones del paciente ante la enfermedad y valorar la eficacia de las intervenciones terapéuticas. Los efectos de un tratamiento en ACV deberían medirse en términos de calidad de vida, además de incapacidad y supervivencia (7).

En el ámbito nacional en los últimos años no existen mucho énfasis sobre estudios que respalden evidencia de impacto positivo o negativo sobre la calidad de vida y la independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular, por ello este estudio pretende determinar la relación de la calidad de vida y la independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular y así poder brindar de forma fiable y objetiva un tratamiento y cuidados más adecuado y óptimo de estos pacientes.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es la relación entre la salud física y la independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?

¿Cuál es la relación entre la salud mental y la independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?

¿Cuál es la relación de la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?

¿Cuál es la relación de la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

-Determinar la relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

-Identificar la relación entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.

-Identificar la relación entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.

-Identificar la relacionan de la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular.

-Identificar la relacionan de la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

##### **1.4.1. Justificación Teórica**

El accidente cerebro vascular trae como consecuencia cambios en la calidad de vida ya que aproximadamente un tercio de la población que la padecen se vuelven totalmente dependiente debido a las secuelas generadas. Los datos de este estudio son conocidos en otras áreas geográficas, pero para este estudio con las características que presenta generará un nuevo conocimiento, aportando como antecedente para realizar investigaciones a mayor escala, ampliando las bases teóricas en función a las variables sobre la independencia funcional y la calidad de vida en pacientes que hayan sufrido un accidente cerebro vascular.

##### **1.4.2. Justificación Metodológica**

En este estudio los instrumentos que utilizaremos para medir son de alta confiabilidad y validez, utilizando el SF-36v2 para la variable Calidad de vida siendo un cuestionario de salud genérico validado en español, desarrollado en Estados Unidos y usado en más de 40 países. Para medir la independencia funcional utilizaremos el Índice Barthel.

Para la aplicación de estos instrumentos primero pasará una validación de por juicio de expertos, así como también se dejará información estadística relevante que permitirá ampliar datos con respecto a las variables, así como también servirán de base para futuros estudios de investigación.

### **1.4.3. Justificación Práctica**

Al probarse la relación entre la calidad de vida y la independencia funcional, favorecerá a los futuros pacientes en Fisionorte - Trujillo, permitiendo que el equipo de rehabilitación, tome en consideración las deficiencias de los componentes de la independencia funcional y así poder generar estrategias de intervención, implementar como base para establecer programas, protocolos de prevención con la familia, para mejorar la calidad de vida del paciente, generando el menor tiempo y costo durante la rehabilitación, beneficiado en su recuperación a los pacientes. Los límites del presente estudio es que tendrá que pasar por la aprobación del comité de ética para su aplicación.

## **1.5. Delimitaciones de la investigación**

### **1.5.1. Temporal**

Se realizará en el año 2021.

### **1.5.2. Espacial**

Se realizará en Fisionorte - centro de terapia física y rehabilitación integral, Trujillo – Perú, donde se atienden en el área de neurorrehabilitación pacientes que han sufrido un accidente cerebro vascular.

### **1.5.3. Recursos**

La limitación para el desarrollo del proyecto, es la situación emergente que estamos atravesando a nivel mundial por el COVID19, en Fisionorte - centro de terapia física y rehabilitación integral. La toma de muestra será realizada de forma presencial a los pacientes que asistan a sus terapias físicas teniendo en cuenta el uso de recursos económicos que tendremos que considerar para cumplir con todos los protocolos sanitarios por esta emergencia.



## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### Internacionales

**Hernández y Salazar. (2020)** en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS), en los pacientes con enfermedad cerebrovascular (ECV) que acudieron al Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” en Maracaibo, Venezuela*”. Se realizó un estudio de tipo descriptivo y transversal, con un diseño no experimental, mediante la Escala de Calidad de Vida para el Ictus. Con una muestra de 80 personas. De los sujetos evaluados el 53,8% fueron mujeres, el promedio general de edad fue  $60,7 \pm 9,4$  años. El tipo de ictus más frecuente fue el isquémico, el 67,5% de pacientes mostró algún grado de afectación en su CVRS, cuya mayor proporción fue de afectación moderada (36,3%) y afectación leve (27,5%). Concluyendo que no se evidenciaron diferencias en la CVRS según tipo de ictus presentado, ya que en su evaluación general la mayoría informó una afectación leve a moderada de la calidad de vida, el análisis muestra una mayor afectación en las funciones sociales, actividades básicas y problemas físicos (8).

**Revelo, (2018)** en su tesis tuvo como objetivo “*Identificar el impacto en la funcionalidad de los pacientes con accidente cerebro vascular atendidos en las áreas de rehabilitación física del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Ibarra en el 2016*”. Se realizó un estudio de tipo cualitativo-cuantitativo de diseño no experimental de corte transversal y método inductivo deductivo analítico sintético. Con una muestra de 22 pacientes. se empleó una entrevista, historia clínica del paciente, encuesta de estratificación del nivel socioeconómico del INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y la escala de impacto de ictus conocida como SIS-16. Se observó un predominio de pacientes entre las edades comprendidas de 61 a 80 años, del género masculino, raza mestiza, con nivel de estudios de primaria, nivel socioeconómico C-

(medio bajo), etiología isquémica y en etapa sub-aguda del proceso rehabilitador. Concluyendo que el grado de funcionalidad moderado es el que predominó. En la funcionalidad según su etiología los de tipo isquémico predominaron en dependencia moderada y los de tipo hemorrágico en funcionalidad independiente. En la funcionalidad según las etapas del proceso rehabilitador predominaron los sub-agudos en funcionalidad moderada (9).

**Galeano, (2016)** en su tesis tuvo como objetivo “*conocer Factores asociados a la Independencia Funcional Alcanzada en pacientes hospitalizados con Enfermedad Cerebro Vascular en el Hospital de Rehabilitación Aldo Chavarría durante el período de Enero 2012 a Diciembre 2014.* Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Con una muestra de 73 pacientes. Se utilizó las escalas de valoración funcional Brunnstrom y de valoración de independencia en AVD Barthel. Como resultado el grupo etario más afectado de 50 – 64 años, predominio sexo masculino, procedencia urbana, ocupación profesionales y amas de casa. Variante clínica predominante fue hemiplejía espástica, el tipo de ECV fue isquémico y hemorrágico, los planes terapéuticos aplicados con resultados satisfactorios. Hubo mejoría funcional con incremento de casos en escala Brunnstrom de II, III y IV. Se observó disminución de casos con dependencia severa en AVD con incremento de casos en dependencia moderada. Los pacientes ingresados con tiempo de evolución menor de 3 meses tuvieron mejor evolución con respecto a los de mayor de 3 meses. Concluyendo que hubo disminución de casos con dependencia severa en AVD e incremento de casos en dependencia moderada, en estancia hospitalaria promedio 4 a 7 semanas (10).

**Arteche, et al., (2018)** en su investigación tuvieron como objetivo “*Determinar la relación entre las deficiencias físicas y la calidad de vida de pacientes Post ictus Isquémico*”. Se realizó un estudio descriptivo analítico. Con una muestra de 120 pacientes. Usando como instrumento la escala de gravedad neurológica National Institute of Health Stroke Scale, escala de calidad

de vida para el ictus 38. Se observó en los pacientes, predominantemente mujeres y de piel blanca, tuvieron una media de edad de 62,9 años. El lenguaje (68,2 %), la paresia facial (66,6 %) y los trastornos sensitivos (35,8 %) fueron las deficiencias físicas más frecuentes. El lado con mayor afectación fueron las extremidades derechas superiores (22,7 %) e inferiores (21,6 %) presentaron un grado de afectación motora más alto (3 y 4). Concluyendo que algunas deficiencias físicas de pacientes Post ictus isquémico se relacionaron con su calidad de vida. Sin embargo, estas pueden variar en dependencia del grupo de estudio, debido a la influencia que ejercen las características clínicas, las causas o la localización del ictus (11).

**Enríquez, (2018)** en su tesis tuvo como objetivo *“Identificar el nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con ACV”*. Se realizó un estudio cuantitativo, correlacional, no experimental, transversal, retrospectivo. Con una muestra de 25 personas. Utilizando como instrumentos el Índice de Katz y la escala de Lawton-Brody, ECVI-38, STEP-STROKE. En su mayoría fueron mujeres, el 32% falleció durante el periodo del estudio. El tipo de ACV fue isquémico. El factor de riesgo mayor fue hipertensión arterial. El nivel de dependencia con mayor porcentaje en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) fue clasificada en incapacidad severa e incapacidad leve debido a la variación en los tiempos de evolución del ACV y el número de eventos presentados. El nivel de dependencia en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) con mayor porcentaje fue la dependencia total. Se concluyó que el nivel de calidad de vida fue con afectación leve. La correlación entre las AVD y CV/AIVD y CV fue negativa siendo un resultado estadísticamente significativo (4).

**Díaz, et al., (2016)** en su investigación tuvieron como objetivo *“Valorar la calidad de vida (CV) a largo plazo en pacientes que sufrieron un ictus y determinar aquellos factores relacionados con la misma”*. Se realizó un estudio descriptivo, transversal. Con una muestra de 75 personas. Utilizando como instrumentos la escala de Barthel, y el cuestionario (EuroQol-5D). Obteniendo

como factores de riesgo la hipertensión (67,8%) y las dislipidemias (48%), Sobre la calidad de vida las dimensiones más problemáticas fueron las de dolor/malestar (53,4%), ansiedad/depresión (49,3%). El 49% de los pacientes valoró su salud como regular o mala. Se concluyo que la presencia de dolor, déficit en la movilidad, la dependencia funcional y el estado de ánimo deprimido se relacionan con una percepción más baja de la CV de los pacientes supervivientes a un ictus a los 4 años del evento (12).

### **Nacionales:**

**Correa y Valverde. (2018)** en su tesis tuvieron como objetivo “*Determinar la calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que reciben atención de rehabilitación en un hospital de Lima-2018*”. Se realizo un estudio de tipo no experimental, nivel cuantitativo, diseño descriptivo, transversal y prospectivo. Con una muestra de 42 pacientes. Utilizaron un cuestionario de calidad de vida Short Form-36 Health Survey (SF-36v2). Se observo con respecto a las características sociodemográficas, el sexo masculino, las edades de 51-65 años, el grado de instrucción secundaria el 32,6%, la ocupación artesanos el 44,2%, el tipo de ACV isquémico fue mayor con el 83,33% que el hemorrágico, el lado más comprometido fue la hemiplejia izquierda con 62,8%, de acuerdo al tiempo de evolución la etapa aguda presentó un 51,2% y según su grado de funcionalidad fue moderado con 60,5%. Y la media de la calidad de vida en los componentes físico mental fue bajas, también en las dimensiones rol físico y rol emocional. Concluyendo que la calidad de vida en el componente físico y mental fue baja en los pacientes con ACV que recibieron atención de rehabilitación en un hospital de Lima, siendo las dimensiones de menor puntaje el rol físico y el rol emocional (13).

**Rodríguez, (2018)** en su tesis tuvo como objetivo “*Determinar el estado funcional al alta y a los 3 meses tras el primer evento de enfermedad cerebrovascular aguda en pacientes hospitalizados de 20 a 80 años*”. Se realizo un estudio descriptivo prospectivo. A una muestra

de 57 pacientes. Se encontró que el 44% tenían entre 60-74 años, 93% tuvo complicaciones hospitalarias y el 67% tuvo ECV isquémico, el 93% presento dependencia leve previa al ingreso, 73% dependencia severa total al ingreso, 42% dependencia total al alta y 58% dependencia leve a los 3 meses. Al alta 78,9% tuvo recuperación funcional mejor del 50% a más, el grado de capacidad funcional al ingreso se asoció a la recuperación funcional a los 3 meses. El grado de capacidad funcional alta se asoció a la presencia de factores de riesgo y complicaciones hospitalarias, pero no a los 3 meses. Concluyendo que, al alta, tras el primer evento de ECV aguda en pacientes hospitalizados, el estado funcional fue de dependencia severa total, la recuperación funcional menor al 50% y el grado de capacidad funcional se asoció a la presencia de factores de riesgo y complicaciones hospitalarias. A los 3 meses, el estado funcional fue de dependencia leve y recuperación funcional del 50% a más (14).

**Colqui y Soria. (2019)** en su tesis tuvieron como objetivo *“Determinar el nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital de lima,2018”*. Se realizo un estudio con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. A una muestra de 75 pacientes. se elaboró una ficha de recolección de datos basados y el índice de Barthel para el análisis del nivel de independencia funcional. Se observo una dependencia leve 53,6%, dependencia moderada 14,3%. Las dimensiones que presentan mayor dependencia son traslado de cama/sillón, deambulaci3n, subir y bajar las escaleras. El 62,5% de la poblaci3n era masculina y el 37,5% representaba a la poblaci3n femenina; la dependencia moderada y grave presenta mayor porcentaje en 17,6% y 14,7% respectivamente en el rango de edades de 61-90 a1os; la dependencia leve en el tipo isquémico tiene mayor porcentaje con 55,8%; la dependencia leve y moderada tiene mayor porcentaje en el hemicuerpo afectado derecho con 54,5% y 21,2% respectivamente. Se concluye que el nivel de independencia funcional al inicio de la

rehabilitación en los pacientes post accidente cerebro vascular, predominante fue la dependencia leve, continuando la dependencia modera. Por ello, los datos obtenidos podrán brindar información fundamental y sirve como base para la realización de estudios posteriores en nuestro país (15).

**Pacheco, (2019)** en su tesis tuvo como objetivo *“Describir la calidad de vida actual en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al Hospital Regional de Moquegua, durante el año 2017”*. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo, prospectivo, de corte transversal. A una muestra de 45 pacientes. Se utilizó el cuestionario SF 36. Se concluye que la investigación estuvo constituida por adulto mayores en un 82,2% y adultos 17,8%, en su mayoría es de sexo femenino (53,3%), conviviente (53,3%), de nivel de estudios secundarios (62,2%) y que realizan una labor independiente (40,0%). Sobre la calidad de vida, 42,2% refirió ser buena. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Física, el 35% es buena, el 45,5% regular y el 19,5% mala. Siendo los componentes con mejor pronóstico: Función Física (48,9%) y Dolor Corporal (40%); con mayor riesgo fueron: Rol Físico (57,8%) y Salud General (48,9%), cuyos porcentajes indican de regular a mala calidad de vida. Según la calidad de vida en la Dimensión Salud Mental, el 22,3% es buena, 47,7% regular y el 30% mala calidad. Siendo el componente más afectado: Rol Emocional (51,1%) y con menor compromiso fueron: Vitalidad (42,2%), Función Social (57,8%) y Salud Mental (57,8%) que indican regular calidad de vida (16).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Calidad de vida**

Según la OMS la calidad de vida (CV) se define como “La percepción individual de su posición en la vida dentro del contexto del sistema cultural y de valores en que se vive, en relación con sus objetivos, esperanzas, normas y preocupaciones”. Es una idea completa de cómo se desarrolla la salud física del paciente, su lado psicológico, su círculo social, su nivel de independencia, y como se desenvuelve en su entorno, con el pasar de los años la calidad de vida del paciente se ve comprometida de forma negativa afectando su independencia y autonomía (4,8,17).

#### **2.2.1.1. Calidad de vida relacionada con la salud**

Se ha definido como “el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, estado funcional, percepción individual y las consecuencias sociales para el individuo” (17). Existe una relación en la calidad de vida y la capacidad funcional relacionados a la función física, psicológica y mental, que actualmente han incluido una cantidad de dimensiones (4,8,16,17).

**a. Función Física:** Se refiere a la energía, fuerza y capacidad para llevar una actividad usual en el paciente. Presentando dos dominios, la capacidad para las actividades de la vida diaria como las limitaciones del movimiento corporal como andar, inclinarse, subir/bajar escaleras; en la movilidad como permanencia en cama o interferencia con las actividades de autocuidado como bañarse, vestirse, o comer. Es la capacidad para el esfuerzo, energía o actividad positiva refiriéndose a la realización de actividades con esfuerzo (16).

- b. Función Psicológica o mental:** Presentando indicadores cognitivos como el pensamiento, la atención, confusión o deterioro para pensar y concentrarse mientras que para los indicadores afectivos se usan los dominios del bienestar como felicidad, afectividad positiva y satisfacción con la vida. Es considerada también como un componente del bienestar psicológico, la pérdida de las funciones cognitivas puede producir un estrés psicológico (16).
- c. Interacción y función social:** Se refiere a como el paciente interactúa y se relaciona hasta llegar a formar un núcleo social con amigos, compañeros, familiares y comunidad, incluyendo el trabajo y las tareas domésticas, proporcionando un apoyo psicosocial al paciente y ayudando en la recuperación de la enfermedad. Es entendida como componente y determinante de la calidad de vida de la persona (16).
- d. Sensaciones somáticas, limitaciones y alteraciones:** se consideran las experiencias negativas que pueden afectar la calidad de vida en el paciente, como los signos obtenidos de la exploración clínica, los resultados o medidas fisiológicas, así como los síntomas obtenidos del diagnóstico, y estado funcional de la enfermedad. Son sensaciones no placenteras que pueden resultar detractoras en la calidad de vida de un individuo, como el dolor, náuseas y disnea entre otros (16).
- e. Percepciones de salud:** Resulta del estado general y la satisfacción con la salud, derivada de las actividades, relaciones y estados de ánimo con los que los pacientes se comportan, toman decisiones, se comunican con los profesionales, siguen el tratamiento prescrito y aceptan lo inevitable. Consta en el autoinforme y autoevaluación del paciente sobre la percepción general de su salud. (16).



### **2.2.1.2. Cuestionario sobre la calidad de vida SF36**

El cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos genéricos más utilizados, traducido y adaptado para ser utilizado internacionalmente a través del proyecto International Quality of life Assessment (IQOLA), mide el impacto sobre la calidad de vida relacionada a la salud en distintas poblaciones de pacientes. La escala del SF-36, evalúan puntuaciones que van de 0 hasta 100 puntos. Donde las puntuaciones superiores o inferiores a 50 puntos van a mostrar mejor o peor estado de salud, respectivamente, de la población (16).

### **2.2.1.3. Dimensiones del cuestionario sobre la calidad de vida SF-36V2**

El cuestionario sobre la calidad de vida SF-36v2 permite el cálculo de los componentes salud física (PCS) donde presenta cuatro escalas como la función física, rol físico, dolor corporal, salud general y el componente de salud mental (MCS), donde presenta cuatro escalas como vitalidad, función social, rol emocional, salud mental. Mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, demostrando que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud (16).

## **2.2.2. Independencia funcional**

La independencia funcional se entiende como la capacidad de un individuo para llevar a cabo actividades de la vida diaria para mantener el cuerpo y subsistir independientemente (18). Según la Organización Mundial de la Salud afirma que es la capacidad de desarrollar las funciones relacionadas con la vida diaria, vale decir la capacidad de vivir con independencia en la comunidad recibiendo poca ayuda, o ninguna, de los demás (19). Es la acción de cumplir acciones requeridas en el quehacer cotidiano, para mantener el cuerpo y subsistir independientemente, cuando el cuerpo y la mente son capaces de llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana se dice que la funcionalidad está indemne (20).

### **2.2.2.1. Deficiencia**

Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales incluyendo también las funciones psicológicas. Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes (21).

### **2.2.2.2. Dependencia**

Según la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, viene a ser “el estado continuo en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de un apoyo para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, en el caso de discapacidad intelectual o enfermedad mental apoyo para su autonomía personal” (17).

#### **2.2.2.2.1. Grados y niveles de dependencia**

En 1º grado encontramos el nivel dependencia moderada que es cuando necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día. En 2º grado encontramos el nivel dependencia severa que es cuando necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador. En 3º grado encontramos una gran dependencia que es cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y por su pérdida total de independencia física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo de otra persona (9).

### **2.2.2.3. Actividades de la vida diaria**

El accionar de una persona para desarrollarse presenta diferentes tipos de actividades que son comunes en cualquier culturas y tiempo y tienen que ver con la supervivencia y mantenimiento personal en función de los distintos roles como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte, entre otros (9). Estas a su vez se pueden clasificar en básicas, instrumentales y avanzadas (17).

#### **2.2.2.3.1. Clasificación de las actividades de vida diaria**

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), son las actividades primarias de cada persona de forma autónoma sin ningún tipo de apoyo de terceros. Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), son actividades guiadas a realizarse con su entorno permitiéndole adaptarse y mantener una independencia con su comunidad, son complicadas que en oportunidades son delegadas a terceros como hacer compras, limpieza. las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), son actividades complejas donde la persona tiene que desarrollar una buena salud mental, social como actividades de ocio, religiosas, transporte y trabajo (17).

#### **2.2.2.4. Instrumento Índice de Barthel**

El índice de Barthel (IB), también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, se refiere al “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo 10 actividades”, presentando una puntuación final de 0 a 100 puntos, donde se representa el grado de dependencia o independencia que presenta cada paciente (15,22,23).

### **2.2.3. Accidente cerebrovascular**

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresen hacia la muerte y no tienen otra causa aparente, más que la vascular”. El suceso se presenta cuando la circulación sanguínea se detiene, en ocasiones cuando se aplaza por un tiempo prolongado el cerebro no llega a recibir ni oxígeno ni sangre ocasionando muerte cerebral (16).

La hemiparesia o hemiplejia es la parálisis de los músculos en una mitad del cuerpo, siendo el déficit más resaltante tras un ACV. En los casos más graves pueden afectarse mayormente el déficit motor con inervación bilateral, también las áreas cognitivas, perceptiva, de comunicación y emocional, según la zona de afectación es unilateral y sin afectación de los músculos del tronco y el diafragma ya que están inervados bilateralmente, si se lesiona un lado, el otro hemisferio cubre la deficiencia (19).

#### **2.2.3.1. Fisiopatología y anatomía**

El sistema nervioso central (SNC) debe tener un riego sanguíneo constante para asegurar un suministro continuo de nutrientes como oxígeno (O<sub>2</sub>) y glucosa, y la eliminación de los productos metabólicos de desechos, como el dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) y el ácido láctico. El flujo sanguíneo cerebral normal funciona entre unas presiones arteriales medias aproximadas de 60- 150 mm Hg. los vasos sanguíneos cerebrales responden a las alteraciones en las circunstancias fisiológicas a través de procesos de autorregulación destinados a proteger el cerebro, asegurar el reparto de O<sub>2</sub> y la extracción de los metabolitos, otro tipo de autorregulación permite la vasodilatación de las arteriolas cerebrales cuando el CO<sub>2</sub> arterial aumenta y su vasoconstricción disminuye.

Según anatomía el cerebro recibe su circulación de las dos arterias vertebrales y las dos arterias

carótidas internas. La arteria carótida derecha nace en la arteria innominada y la izquierda lo hace directamente de la aorta. Ambos vasos suben por la parte anterior del cuello y a continuación se dividen en dos ramas: las arterias cerebrales anteriores y media. Estos troncos principales irrigan los lóbulos frontal, parietal y temporal. Las dos arterias cerebrales anteriores se unen por delante a través de la arteria comunicante anterior, para formar la sección delantera del polígono de Willis.

Esta configuración anatómica garantiza que la presencia de una estenosis grave en una de las arterias carótidas internas, o incluso su oclusión, no se traduzca inevitablemente en un ictus, ya que la sangre puede pasar desde la derecha a la izquierda (o viceversa) a través de la arteria comunicante anterior. Las dos arterias vertebrales son más pequeñas que las carótidas internas y representan ramas de los vasos subclavios. Ambas ascienden por el cuello a través de los agujeros existentes en las apófisis transversas de las vertebrales cervicales y se anastomosan delante del tronco del encéfalo para constituir la arteria basilar. Las ramas de esta última irrigan el bulbo raquídeo, la protuberancia, el cerebelo y el mesencéfalo. En la parte superior de esta estructura, la arteria basilar se divide en las dos arterias cerebrales posteriores, ya que se orientan hacia atrás para irrigar los lóbulos occipitales.

Estas dos arterias establecen una conexión en la parte posterior del polígono de Willis mediante las pequeñas arterias comunicantes posteriores. Por tanto, existe una anastomosis entre las carótidas internas y la circulación vertebral. Esta organización proporciona una mayor protección, y no es infrecuente ver pacientes con buen aspecto, a pesar de tener una oclusión bilateral en las arterias carótidas internas. Las arterias cerebrales anterior, media y posterior que son ramas de los vasos principales destinados al encéfalo, no se anastomosan entre sí y por tanto se determinan arterias terminales. Las zonas cerebrales irrigadas por ellos están relativamente bien asignadas y diferenciadas, aunque existan anastomosis en los bordes periféricos de cada

región. Si uno de estos vasos queda bloqueado surge una lesión cerebral relativamente previsible en su zona de irrigación. Los sistemas para la clasificación del ictus se basan en el lugar y la extensión de la lesión cerebral.

### **2.2.3.2. Clasificación del accidente cerebrovascular**

**A. Accidente Cerebrovascular isquémico:** disminuye la irrigación sanguínea en una región determinada del encéfalo, alterando la función en dicha región por el vaso sanguíneo interrumpido, son los más comunes cuando hablamos del ACV. (aproximadamente 80%). Teniendo como causas principales a la Trombosis, embolia, hipoperfusión sistémica, trombosis de un seno venosos cerebral (24).

**B. Accidente cerebrovascular hemorrágico:** Provocada por la ruptura de un vaso sanguíneo, pudiendo ser intracerebral que es cuando la sangre cubre de forma directa al tejido encefálico provocando un hematoma. O también puede ser intracraneal que es cuando la sangre se almacena en cualquier región dentro del cerebro, generalmente entre el cráneo y las meninges que rodean el encéfalo y la medula espinal, siendo más frecuentes en los vasos pequeños. Teniendo como causas principales a la hipertensión, traumatismos, coagulopatías, drogadicción, malformaciones vasculares (24).

LA hipohialinosis o fibrohialinosis que deriva de unas lesiones necróticas en las arterias penetrantes pequeñas del cerebro. La pared arterial se debilita y se cree que aparecen microaneurismas, dichas estructuras pueden reventar y ocasionar un infarto lagunar o pequeñas hemorragias profundas. Los hematomas suelen darse en las partes más profunda del cerebro afectando con frecuente el tálamo, el núcleo lentiforme y la capsula externa, y menos veces al cerebelo y la protuberancia. Si la hemorragia se extiende hasta el sistema ventricular, a menudo provoca la muerte con rapidez (19).

Hemorragia subaracnoidea es la presencia de una hemorragia en el espacio subaracnoideo, normalmente derivada de una rotura de un aneurisma situado en el polígono de Willis o en su proximidad. Aproximadamente el 50 % de los casos existe el riesgo de perder la conciencia y más o menos el 15% morirá en un par de horas antes que cualquier intervención médica. Dentro del grupo que sobreviven, el 50% fallecerán durante el primer mes y los sobrevivientes presentan un riesgo considerable mayor de volver a sangrar a lo largo de la semana siguiente. Desde el principio puede resultar evidente la hemiplejia si la sangre se vierte a las porciones profundas del cerebro, y pueden aparecer otros signos neurológicos focales durante las dos primeras semanas porque los vasos sanguíneos en su recorrido a través del espacio subaracnoideo ensangrentado tienen una tendencia a sufrir un espasmo, que d origen a una lesión cerebral isquémica secundaria (19).

### **2.2.3.3. Circulación cerebral**

La Arteria cerebral anterior riega las tres cuartas partes anteriores de la cara medial del lóbulo frontal, una banda parasagital de la corteza que se extiende hasta el lóbulo occipital y la mayoría del cuerpo calloso. Por tanto, la oclusión de esta arteria puede ocasionar una monoplejía contralateral que afecte a la pierna, una hipoestesia cortical y en ocasiones las alteraciones del comportamiento asociadas a la lesión del lóbulo frontal (19).

La Arteria cerebral medial irriga casi toda la superficie externa del cerebro, la mayor parte de los ganglios basales y las porciones posterior y anterior de la capsula interna a través de sus ramas corticales y penetrantes. Los infartos que suceden a lo largo de la vasta distribución de este vaso dan lugar a diversas secuelas neurológicas con una presentación clásica de hemiplejia contralateral intensa que afecta el brazo, el tronco, la cara y la pierna. Puede presentarse una hemianopsia homónima contralateral y también puede haber una hipoestesia. Esta hipoestesia cortical en general se debe a una lesión de la corteza parietal y se caracteriza por una

conservación paradójica de las modalidades básicas de la sensación, como el dolor y el tacto ligero, mientras que las que requieren tratamiento cortical de mayor importancia (como la textura o la sensibilidad al peso o la discriminación de 2 puntos) están deterioradas. Ya que las áreas cerebrales responsables del habla y del lenguaje se encuentran en el lado izquierdo del cerebro, los problemas con estas funciones pueden ser graves en las lesiones de dicho hemisferio. En las lesiones del hemisferio derecho el daño parietal puede originar trastornos visoespaciales, negligencia del lado izquierdo y negación de la debilidad u otros síntomas (19).

La Arteria cerebral posterior también irriga gran parte de la cara medial del lóbulo temporal y el tálamo pudiendo presentar un deterioro de la memoria y la sensibilidad contralateral. Además, es posible la presencia de un síndrome talámico con disestesia, lo mismo que trastornos en la coordinación del movimiento, como temblor o ataxia (19).

La oclusión de las arterias vertebrales o basilar y sus ramas son más peligrosas, ya que en el tronco del encéfalo contiene los centros encargados de controlar funciones vitales, como la respiración y la presión arterial, los núcleos de los pares craneales se encuentran agrupados en el tronco del encéfalo y la vía piramidal y las de tipo sensitivo. Por tanto, una lesión cerebral isquémica del tronco del encéfalo puede ser altamente mortal, y si el paciente sobrevive es con una grave incapacidad debido a la parálisis de los diversos pares craneales, una tetraplejia espástica, ataxia e hipostesia. Son menos habituales, no suele perder la conciencia, pero si puede señalar cefalea, manifestar síntomas de hemiparesia o disfasias que aparecen con rapidez (19).

#### **2.2.3.4. Fases en el accidente cerebro vascular**

En la fase aguda se presenta desde el evento del ACV presentando como signos principales a la hipotonía, se da durante el tiempo que el paciente se encuentra en cama, la fase subaguda inicia con la presencia de espasticidad e hiperreflexia, suele estar acompañado de recuperación motora en los casos positivos, así mismo se parte desde ese momento la intervención activa del paciente



mara restaurar el déficit en su fuerza y coordinación. El tiempo aproximado es de unos 3 meses, siendo cada paciente diferente según la evolución de su recuperación y la fase crónica se presenta pasado más de los 6 meses desde el evento. Los países occidentales a los 6 meses del ACV más del 60% de pacientes presentan una mano no funcional para las actividades de vida diaria y el 20-25% no podrán trasladarse sin asistencia (19).

#### **2.2.3.5. Síntomas de un accidente cerebrovascular**

- Accidente Cerebrovascular Isquémico: Sin pérdida de conciencia, no cefalea, no vómitos.
- Accidente Cerebrovascular Hemorrágico: Con pérdida de conocimiento, con cefalea, con vómitos, estupor y/o coma.
- Dificultades para mover una mitad del cuerpo. (Hemiparesia).
- Disminución de la sensibilidad en una mitad del cuerpo.
- Problemas para hablar, ya sea dificultades para emitir la palabra, que no se entienda lo que dice o que hable normalmente pero su pronunciación no sea adecuada. En otros casos el paciente no comprende cuando se le habla o se le pide que cumpla órdenes simples.
- Trastornos visuales, que pueden manifestarse como disminución de la visión en un solo ojo, no ver hacia un lado u otro del campo visual, o ver doble (diplopía).
- Inestabilidad o falta de equilibrio al caminar o moverse sin que haya pérdida de fuerza de las piernas.
- Mareos, que es sensación de que las cosas oscilan, o vértigos, cuando la sensación es que las cosas o el paciente giran, lo que puede ocasionar caídas.
- Dolor de cabeza, que puede ser de intensidad leve a moderada.
- Ataxia (16).

### **2.2.3.6. Diagnóstico clínico del accidente cerebrovascular**

Inicia con la evaluación clínica y en estudios de imagen como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM). Para diagnosticar un accidente cerebral isquémico en la fase aguda es preferible la RM, por la sensibilidad y la especificidad son mayores que la TC. Mientras que para el diagnóstico de accidente cerebrovascular hemorrágico la TC y la RM tiene una sensibilidad y una especificidad parecida. Una vez diagnosticado es importante determinar la etiología subyacente con pruebas complementarias como la ecografía de las arterias carótidas para detectar estenosis carotídea, electrocardiograma (ECG) para detectar arritmias cardíacas que pueden provocar émbolos en los vasos sanguíneos encefálicos, monitoreo de holter para identificar arritmias intermitentes, Angiografía de los vasos sanguíneos encefálicos para detectar aneurismas o malformaciones arteriovenosas y Análisis de sangre para examinar la presencia de hipercolesterolemia (24).

### **2.2.3.7. Factores de riesgo para accidente cerebrovascular**

Factores de riesgo inmodificables como la edad entre los 35 y 85 años, antecedentes familiares de ACV, sexo siendo los hombres los de mayor riesgo, pero las mujeres mueren de los mismo, la raza donde la incidencia es doble en afroamericanos e hispanoamericanos comparada con caucásicos. Los factores de riesgo modificables como la presión arterial alta, alteraciones de los lípidos, diabetes, enfermedad cardíaca. los factores de riesgo erradicables como el tabaquismo, obesidad y sedentarismo (12, 16).

### **2.2.3.8. Consecuencias funcionales del accidente cerebrovascular**

Estudios muestran que la recuperación de un ACV se presenta en los primeros 3 meses, evaluando una máxima recuperación en las primeras 4 a 6 semanas pasando el evento. Pueden seguir mejorando pasando los 6 meses hasta el primer año en un 5%. Los pacientes con un ictus

de gravedad moderada presentan una recuperación máxima dentro de los 6 meses y el los pacientes con ictus severo dentro de las 11 semanas, La función completa se alcanza en el 79% de los pacientes con ictus de gravedad moderada y en el 18% de los ictus más severos. Los déficits de comunicación y cognitivos presentan perfiles similares a los presentados para las discapacidades motoras. Se estima que en la afasia el tiempo medio de recuperación máximo se logra dentro de las primeras 12 semanas, una recuperación más pausada se puede producir dentro del primer año tras el evento (25).

## **2.3. Formulación de la hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

**H<sub>0</sub>:** No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Método de la investigación**

**Hipotético deductivo:** Este método parte de ciertas afirmaciones de una hipótesis de la cuales se busca negar o contradecir, para llegar a conclusiones en las cuales deben ser comparadas con la realidad de estudio, y si se encuentra coincidencia con los resultados, se comprueba la fidelidad o no de la hipótesis inicial. Se puede clasificar como un método para la creación de conocimientos nuevos (26,27).

#### **3.2. Enfoque de la investigación**

**Cuantitativo:** El enfoque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías, donde plantea problemas de estudio, orientado en variables medibles e instrumentos estandarizados, realiza una investigación formando hipótesis para obtener resultados (28).

#### **3.3. Tipo de la investigación**

**Aplicada:** Se delimita en estudiar a través del conocimiento científico, las metodologías, tecnologías y protocolos, que a su vez a través de ellos puede lograr solucionar una necesidad reconocida, práctica y específica. Está encargada de desarrollar un nuevo conocimiento. Su inclinación va por problemas actuales y busca resolver, en su metodología se considera un proceso hipotético (26).

#### **3.4. Diseño de la investigación**

**No experimentales:** Se desarrollan sin manipular las variables de estudio y en el que se puede observar los fenómenos en su ambiente natural para poder ser analizados. No se genera ninguna situación ni cambio, sino que se aprecian estados ya conocidos, no delimitadas intencionalmente

en el desarrollo del estudio por quien la realiza. Las variables independientes ocurren y no es posible manipularlas (29).

**Transversales:** Los diseños transversales o transeccionales recaudan información sobre un estudio, que se pueden realizar en un solo momento o en un tiempo único. Con el fin de analizar su incidencia, correlación en un determinado grupo de estudio, pueden considerar subgrupos o varios grupos de personas, indicadores u objetos a investigar. A su vez se clasifican en exploratorios, descriptivos y correlacionales (26,29). Siendo este estudio de tipo correlacional, teniendo como finalidad conocer la relación o grados de asociación que existe entre dos o más variables.

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

La población se define como el total de ocurrencias o casos que presentan una gama de características en común y se encuentran en un mismo ambiente determinado. La muestra viene hacer el sub total de ocurrencias o casos en el cual se realiza la toma de datos correspondientes para permitir reducir tiempo, costos y así obtener datos más exactos. El muestreo puede ser probabilístico, teniendo mayor base científica ya que cumplen con principios de probabilidad necesitando mayor recursos y tiempo mientras que el no probabilístico sus criterios pueden ser sesgados, pero son mucho más rápidos, económicos y fáciles (26). La población de estudio es de 105 pacientes cumpliendo con los criterios de inclusión, con un muestreo probabilístico aleatorizado de variables cualitativas, dando una muestra de 83 pacientes.

## **Criterios de inclusión y exclusión**

### **Inclusión:**

- Los pacientes con diagnóstico médico de Accidente Cerebro vascular.
- Pacientes que se atiendan en Fisionorte.
- Pacientes entre el rango de edades de 18 a 80 años de edad.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que hayan sufrido accidente cerebro vascular ya sea isquémico o hemipléjico.
- Paciente con consentimiento informado firmado.

### **Exclusión:**

- Pacientes con otro diagnóstico médico diferente al Accidente Cerebrovascular.
- Pacientes con alteraciones cognitivas.
- Pacientes con rango de edades menores de 18 años y mayores de 80 años de edad.
- Pacientes con alteraciones del lenguaje.
- Paciente que no aceptaron consentimiento informado.

## **3.6. Variables y operacionalización**

**Variable 1:** Cuestionario de calidad de vida FS-36v2 para la variable calidad de vida.

**Definición Operacional:** Son niveles de condición de vida en las que una persona se desenvuelve y desarrolla. Las medidas sumario como, componente salud física (PCS) donde se evalúa la realización de la función física, la presencia de dolor, la salud general, el rol físico y como afecta en lo laboral. La dimensión salud mental (MCS) donde se evalúa la vitalidad, la



función social, su rol emocional, y su salud mental. Los valores van entre 0–100 puntos. los baremos pueden ser buena calidad de vida 61 a 100%, regular calidad de vida de 31 a 60% mala calidad de vida de 0 a 30%.

**Matriz operacional de la variable 2:**

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos (Valor final)
Salud física	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función física relacionado a la limitación de las actividades</li> </ul>	10	Variable cuantitativa nominal	buena calidad de vida 61 a 100%, regular calidad de vida de 31 a 60% mala calidad de vida de 0 a 30%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor corporal, intensidad y efecto</li> </ul>	2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud general, actual y futura</li> </ul>	5		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol físico y como interviene en el trabajo y otras actividades</li> </ul>	4		
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de energía y vitalidad</li> </ul>	4	Variable cuantitativa nominal	buena calidad de vida 61 a 100%, regular calidad de vida de 31 a 60% mala calidad de vida de 0 a 30%
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función social</li> </ul>	2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rol emocional que interfieren en su entorno</li> </ul>	3		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salud mental, control de conducta, depresión y ansiedad</li> </ul>	5		30%
--	---	---	--	-----

**Variable 2:** Índice de Barthel para la variable independencia funcional.

**Definición Operacional:** Es la capacidad o habilidad para resolver actividades de vida diaria donde se evalúa las actividades, Contiene 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción). Cada ítem puntúa 0, 5,10, 15 puntos en función del desempeño de del paciente. La escala varía entre cero puntos (dependencia) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante. Puntuación Total = 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas). Los baremos son 0 - 20 Dependencia Total, 20 – 35 Dependencia grave, 40 - 55 Dependencia Moderada, mayor o igual a 60 Dependencia Leve, 100 independiente. 90 independencia máxima si usa de silla de ruedas.

**Matriz operacional de la variable 1:**

Dimensiones	Escala de medición	Nivel o rango (valor final)
Alimentación	Variable cuantitativa nominal	Menos de 20 - Dependencia Total 20 a 35 - Dependencia Grave 40 a 55 - Dependencia Moderada Mayo o igual a 60 - Dependencia leve 100 independiente
Bañarse / ducharse		
Vestido		
Arreglo personal		
Deposición		
Micción		

Ir al retrete		90 puntuación máxima Si Usa de silla de ruedas
Traslado cama /sillón		
Deambulaci3n		
Subir y bajar escaleras		

**Variable control:** factores sociodemogr3ficos y cl3nicos.

**Definici3n Operacional:** Los factores sociodemogr3ficos vienen hacer las caracter3sticas personales de cada persona y con respecto a su condici3n de ocupaci3n, factores de riesgo modificables, grado de instrucci3n. los factores cl3nicos se refieren a las caracter3sticas f3sicas como lateralidad, tipo de afectaci3n y el tiempo transcurrido despu3s de sufrir un accidente cerebro vascular.

**Matriz operacional de la variable control:**

Variables	Indicadores	Escala de medici3n	Niveles y rangos (Valor final)
Factores sociodemogr3ficos	Sexo	Variable cualitativa nominal	Mujer Hombre
	Edad		18 a 25 25 a 45 45 a 65 65 a 80
	Factores de riesgo modificables		Hipertensi3n arterial Obesidad Diabetes mellitus
	Grado de instrucci3n		Primaria completa Secundaria completa Superior completo Superior incompleto Sin estudios

	Ocupación		Artesano Técnico Profesional
Factores clínicos	tipo del accidente cerebro vascular	Variable cualitativa nominal	Isquémico Hemorrágico
	Lateralidad		Izquierdo Derecho
	Tiempo de evolución		Agudo Subagudo Crónico

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

**3.7.1. Técnica:** Es la manera peculiar, en que realiza el investigador la toma de datos y así solucionar o resolver problemas, hipótesis de una investigación. Para ello necesitara tener información y el plan de análisis que puede ser a través de una entrevista, encuesta, observación o análisis documental (26,30). Para ambas variables, calidad de vida e independencia funcional utilizaremos la técnica de la encuesta siendo la más apropiada para la toma de datos en un momento determinado, para la toma de datos de los factores sociodemográficos también se realizará a través de encuesta.

#### 3.7.2. Descripción de instrumentos:

Los instrumentos hacen real el desarrollo de la técnica, tienen que ser creados con pertinencia, considerando tanto variables como los indicadores que puede ser a través de un cuestionario, escala, guía de observación o una ficha de dato. Todo instrumento necesita presentar una validez y confiabilidad teniendo una relación significativa entre la técnica y el instrumento (26). Para ambas variables, calidad de vida e independencia funcional se utilizará como instrumento el

cuestionario ya que es un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios y alcanzar los objetivos propuestos, este permitirá estandarizar e integrar el proceso de recopilación de datos.

**3.7.2.1. Para la variable calidad de vida:** El instrumento de calidad de vida Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF-36v2).

El Cuestionario de Salud SF-36 fue desarrollado en Estados Unidos por Ware en el Medical Outcomes Study (MOS) en 1993; adaptado y validado en español por Alonso y col. en 1995, proporciona un método eficiente y psicométricamente sólido para medir la salud desde el punto de vista del paciente, puntuando respuestas estandarizadas a preguntas estandarizadas. El sistema estandarizado de puntuación da por resultado el perfil de ocho escalas multi-item de puntuación conteniendo de 2 a 10 ítems cada una, y una medida compuesta de un solo ítem de transición de salud declarando que no se contabiliza en ninguna puntuación de las ocho escalas multi-ítems. Está compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud (16).

El SF-36 v2 fue publicado por Ware y cols en 1995, representando las medidas de sumario del componente Salud Física (CSF) donde valora las subescalas Función Física (FF), Rol Físico (RF), Dolor Corporal (DC), Salud General (SG), y el componente Salud Mental (CSM) valorando las subescalas Vitalidad (VT), Función Social (FS), Rol Emocional (RE) y Salud Mental (SM). El número de ítems por cada escala, en el componente Salud Física: Función Física: 10 ítems; Rol Físico: 4 ítems; Dolor Corporal: 2 ítems; Salud General: 5 ítems. En el componente Salud Mental: Vitalidad: 4 ítems; Función Social: 2 ítems; Rol Emocional: 3 ítems; Salud Mental: 5 ítems. Adicionalmente incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. El cuestionario SF-36v2 tiene

como escalas de valores de 0 a 100 puntos, donde sus baremos consideran una buena calidad de vida 61 a 100%, regular calidad de vida de 31 a 60% y mala calidad de vida de 0 a 30% (16).

Las puntuaciones de las escalas se realizan homogeneizando las respuestas mediante la recodificación de las 10 preguntas que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de, a mayor puntuación, mejor estado de salud. Luego se debe realizar el cálculo del sumatorio de los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala). Finalmente se realiza la transformación lineal de las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) y 100 (mejor estado de salud) (16).

En caso de que falte información, si se han recopilado al menos el 50% de los ítems de una escala, los autores recomiendan sustituir cualquier ítem ausente por el promedio de los ítems completados de ésta. En caso contrario (más del 50% de ítems no contestados), la puntuación de dicha escala no se debería calcular. Además, el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones, el componente salud física (PCS) y el componente de salud mental (MCS), mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión, demostrando que las 8 escalas definen 2 componentes principales de salud, la componente salud física (PCS) y la componente de salud mental (MCS) (16).

$$\text{Escala Transformada} = \left[ \frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

Formula para puntuar y transformar las escalas (16).

Escala de puntuación (16).

Escala	Suma final de los valores de los ítems	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	$3a+3b+3c+3d+3e+$ $3f+3g+3h+3i+3j$	10, 30	20
Rol Físico	$4a+4b+4c+4d$	4, 8	4
Dolor Corporal	7+8	2, 12	10
Salud General	$1+11a+11b+11c+11d$	5, 25	20
Vitalidad	$9a+9e+9g+9i$	4, 24	20
Función Social	6+10	2, 10	8
Rol Emocional	$5a+5b+5c$	3, 6	3
Salud Menta	$9b+9c+9d+9f+9h$	5, 30	25

<b>Ficha técnica del instrumento cuestionario FS-36:</b>	
<b>Nombre del instrumento:</b>	Medical Outcomes Study Short Form 36 (sf-36v2).
<b>Autores:</b>	Ware en 1993.
<b>Adaptado:</b>	Por Alonso y col 1995.
<b>Objetivo:</b>	Medir la calidad de vida de los pacientes con accidente cerebro vascular.
<b>Población:</b>	83 pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo – Perú, 2021.
<b>Tiempo de llenado:</b>	10 minutos.
<b>Momento:</b>	Antes de entrar a terapia.
<b>Validez:</b>	Para el presente estudio se realizará por juicio de expertos.
<b>Fiabilidad:</b>	La confiabilidad del SF-36 y su validación de acuerdo al estudio establece en todos ítems un Alfa de Cronbach de 0,75%. (13).

**3.7.2.2. Para la variable independencia funcional:** se utilizará el instrumento índice de Barthel.

El índice de Barthel publicada por Mahoney y Barthel (1965) se usaba en hospitales de enfermedades crónicas de los estados de Maryland, en (EE. UU) inicialmente se aplicaba en pacientes con enfermedades neurológicas y musculo esqueléticas, en geriatría, en rehabilitación, neurología y en la evaluación de pacientes tras sufrir un ictus. Desde su publicación en español (Baztán et al ,1994), se ha utilizado en España y en diversos medios geriátricos y neurológicos. Esta validado en América - Latinoamérica y es utilizado en diferentes países como Chile, Estados unidos, Colombia, España y en Perú (15).

Según la versión original consta de 10 ítems de actividades como alimentación, bañarse / ducharse, desplazarse, vestirse y desvestirse, aseo personal, uso de retrete, Trasladarse entre la silla y la cama, dificultad para subir y bajar escaleras, Control de heces y Control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10, 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (dependiente) y 100 puntos (independiente) (23). Los baremos serán de 0-20: Dependencia total; 21-60: Dependencia severa; 61-90: Dependencia moderada; 91-99: Dependencia escasa y 100: Independencia (23).

<b>Ficha técnica del instrumento índice de Barthel:</b>	
<b>Nombre del instrumento:</b>	Índice de Barthel o Índice de Discapacidad de Maryland
<b>Autores:</b>	Mahoney y Barthel 1965
<b>Adaptada:</b>	Baztán et al. 1994
<b>Objetivo:</b>	Medir la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular.
<b>Tiempo de llenado:</b>	10 minutos.
<b>Momento:</b>	Antes de entrar a terapia.
<b>Validez:</b>	El presente estudio se realizará por juicio de expertos.
<b>Fiabilidad:</b>	Con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97 (15).



**3.7.2.3. Para los factores sociodemográficos y clínicos:** se realizará mediante una toma de datos.

Para la toma de datos de los factores sociodemográficos y clínicos se realizará un cuestionario donde estará conformado por 7 dimensiones: sexo, edad, factores de riesgo modificables, grado de instrucción y ocupación. Teniendo como valor final para sexo (hombre y mujer); para edad (30 – 40, 40 – 50, 50 – 60, 60 - ≤); para factores de riesgo modificables (hipertensión arterial, obesidad, diabetes mellitus); para grado de instrucción (primaria completa, secundaria completa, superior completo, superior incompleto, sin estudios); para ocupación (artesano, técnico, profesional), para el tipo de accidente cerebro vascular (isquémico o hemorrágico); para lateralidad (izquierdo o derecho), para el tiempo de evolución (agudo, subagudo, crónico).

<b>Ficha técnica para los factores sociodemográficos y clínicos:</b>	
<b>Nombre del instrumento:</b>	Ficha de datos sociodemográficos y clínicos.
<b>Autores:</b>	Almendra Vasquez.
<b>Objetivo:</b>	Identificar los factores más relevantes en pacientes con accidente cerebro vascular.
<b>Población:</b>	83 pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo – Perú, 2021.
<b>Tiempo de llenado:</b>	5 minutos.
<b>Momento:</b>	Antes de entrar a terapia.

### **3.7.3. Validación**

Se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. En otras palabras, se busca determinar hasta donde los ítems que hacen parte del instrumento representan adecuadamente esas características que se desean medir. Es por ello que cuando se realiza el análisis del instrumento se realiza de acuerdo a su contenido y está relacionado estrechamente con una buena planificación del cuestionario y el diseño de los ítems (26,29).

Para el proceso de validación del presente estudio será por juicio de expertos, donde solicitare la opinión de 5 expertos para dar validez a estos instrumentos, quienes se encargaran de juzgar los aspectos con los que debe cumplir el presente estudio, como tener congruencia, relevancia y claridad. Los instrumentos que se utilizará en la presente investigación, han sido aplicados y validados en otros estudios. Para la variable calidad de vida se utilizará el cuestionario SF-36v2 donde se obtuvieron en otros estudios un Alfa de Cronbach de 0,75% mostrando un alto grado de fiabilidad y validez (13). Para la variable de independencia funcional se utilizará el instrumento índice de Barthel donde se obtuvieron en otros estudios un alfa de Cronbach de 0,86-0,92, lo cual le da un alto grado de fiabilidad y validez a el presente estudio (31).

#### **3.7.4. Confiabilidad**

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales, consistentes y coherentes (29). Para las variables a estudiar se aplicará el Coeficiente alfa de Cronbach que permitirá evaluar la homogeneidad de las preguntas, cuando las respuestas del cuestionario están formuladas en escala tipo Likert (26). Para la toma de datos sobre los factores sociodemográficos se realizará un cuestionario de registro donde no necesita calcular la confiabilidad ya es un instrumento estandarizado.

Los nombres de los pacientes a estudiar no serán registrados en la investigación, solo a través de un código único, cumpliendo con el respeto de la privacidad.

Los instrumentos deberán pasar por los procesos de confiabilidad antes de que se inicie el proceso de recolección de la información. La confiabilidad se hace mediante una prueba piloto donde se pueda garantizar las mismas condiciones de la realidad. La prueba piloto debe ser realizada en aproximadamente 20 pacientes que presenten los mismos criterios de inclusión, a quienes se aplicará el Coeficiente alfa de Cronbach.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Para la creación de la base de datos, tablas de frecuencia y gráficos se utilizará el programa Excel. Para el análisis de los datos se usará el programa estadístico SPSS versión 25. los datos registrados sobre calidad de vida y la independencia funcional se presentarán a través del Software y para los factores sociodemográficos y clínicos se elaborarán tablas, de distribución de frecuencias y gráficas para la presentación resumida de los datos. Se determinarán frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), e intervalo de confianza (29).

### **3.9. Aspectos éticos**

La presente investigación pasará por el comité y reglamento de ética de la universidad para poder ser aprobado y autorizado para su aplicación, también deberá pasar por el programa de Turnitin, para la demostración de originalidad de la presente investigación. Luego se solicitará el permiso correspondiente a la institución donde vamos a desarrollar el estudio.

Según la declaración de Nüremberg, cada paciente de estudio proporcionará su consentimiento libre y voluntario para ser parte en el proceso. Siguiendo declaración de Helsinki se aplicará la debida protección de datos y respeto a los pacientes que participen en dicho estudio, Según el informe de Belmont todo paciente deberá contar con un consentimiento informado firmado y donde colocaran su huella, se usarán procedimientos de justicia donde de forma razonable se realiza la selección de los participantes a estudiar, además se asegurará de los cuidados de los implicados. Cumpliendo con la Bioética y el respeto de la autonomía, los nombres de los pacientes a estudiar no serán registrados en la investigación, solo a través de un código. Respetando el principio de beneficencia donde la investigadora tendrá la obligación moral de actuar en beneficio de otros, también aplicando la no maleficencia evitando exponer a los pacientes a algún tipo de daño intencional (32).

#### 4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

##### 4.1. Cronograma de actividades

Actividad	Tiempo											
	Meses del 2021											
	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Elaboración del diseño del proyecto de investigación	X	X										
Validación de los instrumentos de recolección de datos				X								
Solicitudes para la recolección de datos												
Ejecución de la prueba piloto												
Recolección de los datos												
Análisis de la información												
Redacción de los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones												
Elaboración del Informe final												
Correcciones del Informe Final												
Redacción de artículo científico												
Sustentación											X	
Publicación en revista indexada												

## **4.2. Presupuesto**

### **Recursos Humanos**

1. Investigador.
2. Asesor designado por la universidad.
3. Asesor estadístico.
4. Asesor temático.

### **Bienes**

1. hojas bond.
2. Lapiceros.
3. Sobres manila.
4. Engrampador.
5. tampón para huella dactilar.
6. alcohol de 70°.
7. mascarillas Kn95.
8. mameluco impermeable.
9. protector facial.

### **Servicios**

1. Alquiler de taxi.
2. Servicio de impresión.
3. Servicio de internet.
4. Servicio de teléfono.

<b>CUADRO DE PRESUPUESTOS</b>	
<b>Recursos humanos</b>	<b>Monto (soles)</b>
3. Asesor estadístico.	100.00
4. Asesor temático.	100.00
<b><i>Sub total</i></b>	<b>200.00</b>
<b>Bienes</b>	
1. hojas bond	15.00
2. Lapiceros.	83.00
3. Sobres manila.	83.00
4. Engrampador.	10.00
5. tampón para huella dactilar.	5.00
6. alcohol de 70°.	20.00
7. mascarillas Kn95.	15.00
8. mameluco impermeable.	50.00
9. protector facial.	35.00
<b><i>Sub total</i></b>	<b>310.00</b>
<b>Servicios</b>	
Alquiler de taxi.	50.00
Servicio de impresión.	80.00
Servicio de internet.	20.00
Servicio de teléfono.	20.00
<b><i>Sub total</i></b>	<b>170.00</b>
<b><i>TOTAL</i></b>	<b>686.00</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Retamal MH, Arredondo J, Domínguez E, Mac DH, Olgúin K. Estudio sobre la calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular residentes en centros de larga estancia. *Psicogeriatría* 2015; 5 (2): 77-83.
2. Suárez EJ, Restrepo CS, Ramírez E, Bedoya CL, Jiménez I. Descripción clínica, social, laboral y de la percepción funcional individual en pacientes con ataque cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb.* 2011 jun;27(2):97-105.
3. Clément M\_, Romano L, Furnari A, Abrahín J, Marquez F, Coffey P, et al. Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina. *Neurol Arg.* 2018;10(1):8-15.
4. Enríquez F. Nivel de dependencia y su relación con la calidad de vida en personas con accidente cerebrovascular. [tesis]. San Luis Potosí, México;2018.
5. Málaga G, Tania De La Cruz T, Busta P, Carbajal A, Santiago K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. *Acta Med Peru.* 2018;35(1):51-4.
6. Hernández A, Vásquez K, Pineda A. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebrovascular que acudieron a consultorio externo de neurología del hospital regional de Ica, Perú 2010-2011. *Rev. méd. Panacea.* 2012; 2(2):45-49.
7. Govantes Y, Bravo T. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con ictus isquémico. Hospital “Julio Díaz González”. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación* 2014;6(2):113-125.
8. Elvira Hernández E, Salazar J. Calidad de Vida en Pacientes Con Enfermedad Cerebrovascular Evaluados en un Hospital Venezolano. *Rev. Ecuat. Neurol.* 2020;(29) 2.

9. Revelo H. Estudio del impacto del accidente cerebrovascular en la funcionalidad de pacientes atendidos en las áreas de rehabilitación física del ministerio de salud pública de la ciudad de Ibarra 2016. [Tesis]. UTN;2018.
10. Galeno N. Factores asociados a la independencia funcional alcanzada en pacientes hospitalizados con evento cerebro vascular en el hospital de rehabilitación aldo chavarría durante el período de enero 2012 a diciembre 2014. [Tesis]. UNAN – Managua;2016.
11. Arteché M, Peña M, Fernández O, González S, Mendoza S, Rodríguez R. Relación de las deficiencias físicas con la calidad de vida de pacientes pos ictus Isquémico. Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. 2018;8(2):1-15.
12. Leno C, Holguín M, Hidalgo N, Rodríguez M, Lavado J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas supervivientes a un ictus a largo plazo. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2016;44(C):9-15.
13. Correa E, Valverde G. Calidad de vida en pacientes con accidente cerebro vascular que reciben atención de rehabilitación en un hospital de lima – 2018. [Tesis]. UPNW;2019.
14. Rodríguez L. Estado funcional tras el primer evento de enfermedad cerebro vascular en pacientes hospitalizados de 20 a 80 años. [Tesis]. UNT;2018.
15. Colqui S, Soria D. Nivel de independencia funcional al inicio de la rehabilitación en pacientes post accidente cerebro vascular en un hospital nacional de lima, 2018. [Tesis]. UPNW;2019.
16. Pacheco S. Calidad de vida en el adulto con accidente cerebro vascular que acude al hospital regional de Moquegua, año 2017. [Tesis]. UNJBG;2019.
17. Cano R, Collado S. Neurorehabilitación. 1ª ed. España: medica panamericana.S.A.;2012. 213 p.



18. Osorio J, García J, Gutierrez M. Independencia funcional en la recuperación de pacientes sometidos a cirugía cardíaca. *Rev. cienc. cuidad.* 2019; 16(2):83-94.
19. Ortiz O, Santos K. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebro vascular tipo hemiplejico post tratamiento fisioterapeutico en un hospital de rehabilitacion de lima, periodo enero a junio del 2017. [Tesis]. UPNW;2018.
20. Preciado J. Nivel de independencia funcional en adultos mayores, que ingresan al programa de Hospital de Día Geriátrico (Hodige) en un hospital de media estancia de mayo a julio - Lima 2017. [Tesis]. UNMS;2018.
21. González R, Gandoy M, Clemente M. Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados. *Gerokomos.* 2017;28(4):184-188.
22. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plast & Rest Neurol.* 2005;4 (1-2): 81-85.
23. Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. esp salud púb.* 1997; 71(2): 177-137.
24. Stokes M, Stack E. *Fisioterapia en la rehabilitación neurológica.* 3ª ed. España: Elsevier;2013. 12 p.
25. Vasquez M. Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular. [Tesis doctoral]. Univ.Coruña;2017.
26. Arispe C, Yangali J, Gerrero M, Rivera O, Acuña L, Arellano C. *La investigación científica.* 1ª ed. Universidad internacional de ecuador;2020.
27. Rodríguez A; Pérez A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Rev EAN [Internet].* 2017.[citado el 07 de abr. del 2021]; 82: pp. 1-26.  
Disponible Desde:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20652069006>

28. Hernandez R, Fernandez C, Bepista P. Metodología de la investigación. 6ª ed. México: McGRAW-HILL;2016.

29. Hernandez R, Fernandez C, Bepista P. Metodología de la investigación. 4ª ed. México: McGRAW-HILL;2014.

30. Rojas I. Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica [Internet].2011. [citado el 8 de abr. del 2021];12(24): pp. 277-297.

Disponible desde:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31121089006>

31. Oliveira M, Silva A, Sátiro I, Cruz B, Araújo M. Fatores sociodemográficos e capacidade funcional de idosos acometidos por acidente vascular encefálico. Rev Bras Epidemiol.2017 ene-marz; 20(1): 124-135.

32. Millán A, Fernández G, Muñante R. Ética de la investigación con seres humanos. 1ª ed. PUCP, Vicerrectorado de Investigación;2017.

# ANEXOS

## Anexo 1. Matriz de Consistencia

TÍTULO: CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN FISIONORTE, TRUJILLO – PERU, 2021.						
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	HIPOTESIS	VARIABLES DE ESTUDIO	DIMENSIONES Y/O REGISTROS	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	METODOLOGÍA
<p><b><u>Problema General</u></b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?</p>	<p><b><u>Objetivo General</u></b></p> <p>-Determinar la relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.</p>	<p><b><u>Hipótesis General</u></b></p> <p><b>Hi:</b> Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p>	<p><b><u>Variable Principal:</u></b></p> <p>Calidad de Vida</p>	<p>Componente físico</p> <p>Componente metal</p>	<p><b>SF- 36v2</b></p>	
		<p><b><u>Hipótesis Nula</u></b></p> <p><b>Ho:</b> No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p>	<p>Independencia Funcional</p>	<p>-Alimentación -bañarse / ducharse -Vestido -Arreglo personal -Deposición -Micción -Ir al retrete -Traslado cama/sillón -Deambulacion -Subir y bajar escaleras</p>	<p><b>Índice de Barthel</b></p>	
<p><b><u>Problemas Específicos</u></b></p> <p>¿Cuál es la relación entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación de la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?</p> <p>¿Cuál es la relación de la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021?</p>	<p><b><u>Objetivos Específicos</u></b></p> <p>-Identificar la relación entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.</p> <p>-Identificar la relación entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.</p> <p>-Identificar la relacionan de la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular.</p> <p>-Identificar la relacionan de la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular.</p>	<p><b><u>Hipótesis Especifica</u></b></p> <p><b>Hi:</b> Existe relación significativa entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación significativa entre la salud física e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación significativa entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación significativa entre la salud mental e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores sociodemográficos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Hi:</b> Existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p> <p><b>Ho:</b> No existe relación significativa entre la calidad de vida e independencia funcional según los factores clínicos en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo - Perú, 2021.</p>	<p><b><u>Variables Secundarias:</u></b></p> <p>factores sociodemográficos</p> <p>factores clínicos</p>	<p>-Edad.</p> <p>-Sexo.</p> <p>-Factores de riesgo modificables.</p> <p>-Grado De Instrucción.</p> <p>-Ocupación.</p> <p>- Tipo de Ictus. - Lateralidad. - Tiempo de evolución.</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>	<p><b>Tipo</b> no experimental</p> <p><b>Diseño de Estudio:</b> Descriptivo Correlacional, transversal.</p> <p><b>Población:</b> 105 personas que asistan a Fisionorte.</p> <p><b>Muestra:</b> Muestra censal 83 pacientes</p>

## **Anexo 2: Instrumentos**

### **CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN FISIONORTE, TRUJILLO – PERÚ, 2021.**

#### **Estimado paciente:**

Le entregamos un cuestionario cuyo objetivo es determinar de la CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

Es aplicado por LIC. ALMENDRA MELISSA VÁSQUEZ CÁCERES, egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN NEURORREHABILITACIÓN.

Es de suma importancia contar con sus respuestas ya que eso permitirá determinar relación entre la independencia funcional y la calidad y de vida en pacientes con accidente cerebro vascular.

Para participar usted han tenido que cumplir con los criterios de inclusión, para garantizar una representación de todas las personas que son objetivo del estudio, por ello, son muy importantes sus respuestas. Completarla le llevará alrededor de 25 minutos. Además, se le está alcanzando otro documento (CONSENTIMIENTO INFORMADO/ASENTIMIENTO) en el cual usted debe plasmar su aceptación de participar en el estudio.

Esta encuesta es completamente VOLUNTARIA y CONFIDENCIAL. Sus datos se colocarán en un registro ANÓNIMO. Toda la información que usted manifieste en el cuestionario se encuentra protegida por la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

Agradezco anticipadamente su participación.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse al:

929947941

[almendravasque2014@gmail.com](mailto:almendravasque2014@gmail.com)

---

PACIENTE

---

INVESTIGADOR

## UNIVERSIDAD NORBERT WIENER E.P.G

### **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA ENCUESTA/CUESTIONARIO**

Este consta de preguntas sobre sus datos básicos, factores sociodemográficos y clínicos y preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, lea con paciencia cada una de ellas y tómese el tiempo para contestarlas todas (**ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS**; si no desea contestar alguna, por favor escriba al lado el motivo).

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una **X** el casillero que mejor representa su respuesta.

Ante una duda, puede consultarla con el encuestador (la persona quien le entregó el cuestionario).

**RECUERDE:** NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, SÓLO INTERESA SU OPINIÓN.

## CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

**Codigo:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

### CALIDAD DE VIDA E INDEPENDENCIA FUNCIONAL EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN FISIONORTE, TRUJILLO – PERÚ, 2021.

Variables	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rangos (Valor final)
Factores sociodemográficos	Sexo	Variable cualitativa nominal	Mujer Hombre
	Edad		18 a 25 25 a 45 45 a 65 65 a 80
	Factores de riesgo modificables		Hipertensión arterial Obesidad Diabetes mellitus
	Grado de instrucción		Primaria completa Secundaria completa Superior completo Superior incompleto Sin estudios
	Ocupación		Artesano Técnico Profesional
Factores clínicos	tipo del accidente cerebro vascular	Variable cualitativa nominal	Isquémico Hemorrágico
	lateralidad		Izquierdo Derecho
	Tiempo de evolución		Agudo Subagudo Crónico

## CUESTIONARIO CALIDAD DE VIDA SF36v2

### SU SALUD Y BIENESTAR

#### SALUD GENERAL

**1. En general, ¿diría usted que su salud es:**

- 1.- Excelente ( )
- 2.- Muy buena ( )
- 3.- Buena ( )
- 4.- Regular ( )
- 5.- Mala ( )

**2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?**

- 1.- Mucho mejor ahora que hace un año ( )
- 2.- Algo mejor ahora que hace un año ( )
- 3.- Más o menos igual ahora que hace un año ( )
- 4.- Algo peor ahora que hace un año ( )
- 5.- Mucho peor ahora que hace un año ( )

#### FUNCION FISICA

**3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podrá hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita en estas actividades? Si es así ¿Cuánto?**

	Si me limita mucho	Si me limita un poco	No me limita para nada
1.- Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores			
2.- Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, barrer, bailar o andar en bicicleta			
3.- Levantar o llevar las bolsas de las compras			
4.- Subir varios pisos por la escalera			
5.- Subir un piso por escalera			
6.- Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas			
7.- Caminar más de un kilómetro			
8.- Caminar varios cientos de metros			
9. Caminar cien metros			
10.- Bañarse o vestirse			

## **ROL FÍSICO**

**4. Durante las últimas 4 semanas ¿Cuánto tiempo ha tenido ustedes alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas Veces	Casi nunca	Nunca
1.- ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?					
2.- ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?					
3.- ¿se ha visto limitado en el tipo de trabajo u otras actividades?					
4.- ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades ¿por ejemplo ¿Le ha costado más esfuerzo?					

## **ROL EMOCIONAL**

**5. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?**

	Siempre	Casi siempre	Algunas Veces	Casi nunca	Nunca
1. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedica al trabajo u otras actividades					
2. ¿Ha logrado hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?					
3.- ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?					



**FUNCION SOCIAL:**

**6. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?**

- 1.- Nada en absoluto ( )
- 2.- Ligeramente ( )
- 3.- Moderada mente ( )
- 4.-Bastante ( )
- 5.-Extremada mente ( )

**DOLOR CORPORAL (1)**

**7. ¿Cuánto dolor físico he tenido usted durante las últimas 4 semanas?**

- 1.- Ninguna ( )
- 2.- Muy poco ( )
- 3.- Poco ( )
- 4.- Moderado ( )
- 5.-Mucho ( )
- 6.- Muchísimo ( )

**DOLOR CORPORAL (2)**

**8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?**

- 1.- Nada en absoluto ( )
- 2.- Un poco ( )
- 3.- Moderada menta ( )
- 4.- Bastante ( )
- 5.- Extremada mente ( )

**9. Las siguientes preguntas se refieren a como se siente usted y a como le han ido sus cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxima a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas?**

	Siempre	Casi Siempre	Algunas Veces	Casi Nunca	Nunca
<b>VITALIDAD</b> 1.- ¿Se ha sentido lleno de vitalidad?					
<b>SALUD MENTAL</b> 2.- ¿Ha estado muy nervioso?					
<b>SALUD MENTAL</b> 3.- ¿Se ha sentido con ánimo tan decaído que nada podía animarlo?					

<b>SALUD MENTAL</b> 4.- ¿Ha sentido tranquilo y sereno?					
<b>VITALIDAD</b> 5.- ¿Se ha tenido mucha energía?					
<b>SALUD MENTAL</b> 6.- ¿Se ha sentido desanimado y deprimido?					
<b>VITALIDAD</b> 7.- ¿Se ha sentido agotado?					
<b>SALUD MENTAL</b> 8.- ¿Se ha sentido feliz?					
<b>VITALIDAD</b> 9.- ¿Se ha sentido cansado?					

### **FUNCIONSOCIAL**

**10. Durante las últimas 4 semanas; ¿Cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

- 1.- Siempre ( )
- 2.- Casi siempre ( )
- 3.-Algunas veces ( )
- 4.- Casi nunca ( )
- 5.- Nunca ( )

### **SALUD GENERAL**

**11. ¿Cuán cierto o falsa es cada una de las siguientes frases para usted?**

	<b>Totalmente cierto</b>	<b>Bastante cierto</b>	<b>No se</b>	<b>Bastante falsa</b>	<b>Totalmente falsa</b>
1.- Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas					
2.-Estoy tan sano como cualquiera					
3.-Creo que mi salud va a empeorar					
4.- Mi salud es excelente					

**PUNTAJE TOTAL:**

<b>Índice de Barthel</b>		
<b>dimensiones</b>	<b>Nivel o rango</b>	<b>valor</b>
<b>Alimentación</b>	<b>Independiente.</b> Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.	<b>10</b>
	<b>Necesita ayuda.</b> Para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Necesita ser alimentado por otra persona.	<b>0</b>
<b>Ducharse/Bañarse</b>	<b>Independiente.</b> Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.	<b>0</b>
<b>Vestido</b>	<b>Independiente.</b> Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.	<b>10</b>
	<b>Necesita ayuda.</b> Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Necesita ayuda para las mismas.	<b>0</b>
<b>Arreglo personal</b>	<b>Independiente.</b> Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Necesita alguna ayuda.	<b>0</b>
<b>Deposición</b>	<b>Continente.</b> No presenta episodios de incontinencia.	<b>10</b>
	<b>Accidente ocasional.</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	<b>5</b>
	<b>Incontinente.</b> Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.	<b>0</b>
<b>Micción</b>	<b>Continente.</b> No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)	<b>10</b>
	<b>Accidente ocasional.</b> Presenta un máximo de un episodio en 24horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.	<b>5</b>
	<b>Incontinente.</b> Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.	<b>0</b>
<b>Ir al retrete</b>	<b>Independiente.</b> Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.	<b>10</b>
	<b>Necesita ayuda.</b> Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.	<b>0</b>
<b>Traslado cama /sillón</b>	<b>Independiente.</b> No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	<b>15</b>
	<b>Mínima ayuda.</b> Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	<b>10</b>
	<b>Gran ayuda.</b> Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.	<b>0</b>
<b>Deambulación</b>	<b>Independiente.</b> Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	<b>15</b>
	<b>Necesita ayuda.</b> Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	<b>10</b>

	<b>Independiente.</b> En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.	<b>0</b>
<b>Subir y bajar escaleras</b>	<b>Independiente.</b> Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	<b>10</b>
	<b>Necesita ayuda.</b> Necesita ayuda o supervisión.	<b>5</b>
	<b>Dependiente.</b> Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor.	<b>0</b>

Puntaje total:

### **Anexo 3: Formato de consentimiento informado**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudara a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para determinar relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con la investigadora al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

**Título del proyecto:** Calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular en Fisionorte, Trujillo-Perú, 2021.

**Nombre del investigador principal:** Vasquez Caceres Almendra Melissa.

**Propósito del estudio:** Determinar la relación entre la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular.

**Participantes:** Pacientes con accidente cerebro vascular.

**Participación:** Voluntaria.

**Participación voluntaria:** Solo participan los que acceden de forma voluntaria y firman el consentimiento informado.

**Beneficios por participar:** Ninguno.

**Inconvenientes y riesgos:** Ninguno.

**Costo por participar:** Ninguno.

**Remuneración por participar:** Ninguno.

**Confidencialidad:** Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos.

**Renuncia:** Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

**Consultas posteriores:** Al correo [almendrasvasque2014@gmail.com](mailto:almendrasvasque2014@gmail.com) y teléfono 929947941

**Contacto con el Comité de Ética:** Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del

Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener.

**Celular:** 924569790 y **Email:** [comité.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comité.etica@uwiener.edu.pe)

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En merito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:.....

Apellido y nombres:.....

Edad: .....

Correo electrónico personal o institucional: .....

---

Firma

### CONSENTIMIENTO DEL REPRESENTANTE LEGAL

Este documento en el que queda sentado su firma es muestra de aceptación para que usted como apoderado brinde su aprobación para la participación voluntaria en el proyecto de investigación del participante.

**Nombre del representante legal:** José Manuel Chávez Sosa.

**Firma:**

**Relación con el participante:** Empleador.

**Nombres completos del participante:** Almendra Melissa Vasquez Cáceres

#### **Anexo 4: Carta de solicitud a la institución para la recolección y uso de los datos**

Trujillo, 26 de abril del 2021

#### **Solicito ingreso a la institución para recolectar de datos para tesis de postgrado**

**Sr**

Chávez Sosa José Manuel

Gerente General

Fisionorte – centro de terapia física y rehabilitación integral S.A.C.

**Presente. -**

De mi mayor consideración:

Yo, Vasquez Caceres Almendra Melissa, estudiante de la EPG de la Universidad Norbert Wiener, con código N° 2019802039, solicito me permita recolectar datos en su institución como parte de mi proyecto de tesis para obtener el grado de “segunda especialidad en fisioterapia en neurorrehabilitación” cuyo objetivo general es determinar la calidad de vida e independencia funcional en pacientes con accidente cerebro vascular Fisionorte, Trujillo-Perú 2021; asimismo, solicito la presentación de los resultados en formato de tesis y artículo científico. La mencionada recolección de datos consiste en realizar una entrevista aplicando cuestionarios de forma directa a sus pacientes que asisten a sus sesiones de fisioterapia que presenten como diagnóstico accidente cerebro vascular.

Los resultados del estudio ayudaran a la aportación de un nuevo conocimiento teniendo en cuenta la confidencialidad de los datos recogidos.

Adjunto:

Teléfono: 929947941

Correo: almendravasque2014@gmail.com

Atentamente,

---

Lic. Vasquez Caceres Almendra Melissa  
Estudiante de la E.P.G. Universidad Norbert Wiener

## Anexo 5. Formato para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay pertinencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]


Apellidos y nombres del juez validador: Pacheco Ramos, Clotilde Roxana.

DNI: 18140749

Especialidad del validador: METODOLOGO - Lic. Educación - Matemático, Mg. en Administración de la educación.

23 de abril del 2021

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formalizado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay pertinencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: López Rodríguez María Isabel

DNI: 18851471

Especialidad del validador: TEMATICO - Lic. TM. Terapia física y rehabilitación, Mg. En Gestión Educativa.

23 de abril del 2021

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formalizado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay pertinencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Rengifo Castillo Jhon Alberth

DNI: 44448349

Especialidad del validador: TEMATICO - Medico Cirujano, Mg. En Salud pública con mención en Planificación y gestión.

23 de abril del 2021

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formalizado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay pertinencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]


Apellidos y nombres del juez validador: Córdova Ruiz Citnar Martin

DNI: 40114595

Especialidad del validador: METODOLOGO - Lic. Matemático, Mg. en Administración de la educación.

23 de abril del 2021

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formalizado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [x]    Aplicable después de corregir [ ]    No aplicable [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Mgtr. Ochoa Arias Sheyla del Pilar

DNI: 44011277

Especialidad del validador: TEMATICO - Maestría en docencia universitaria e investigación pedagógica.

23 de abril del 2021

\*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formalizado.  
 \*Relevancia: El ítem es apropiado para representar el componente o dimensión específica del constructo.  
 \*Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

  
 Firma del Experto Informante



## Anexo 6: Informe del porcentaje del Turnitin. (Hasta el 20% de similitud y 1% de fuentes primarias)

### Informe final

---

#### INFORME DE ORIGINALIDAD

---



#### FUENTES PRIMARIAS

---

<b>1</b>	<b>Submitted to Universidad Wiener</b> Trabajo del estudiante	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>cybertesis.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>

---

Excluir citas      Activo  
Excluir bibliografía      Activo

Excluir coincidencias < 1%